

# DRG ab 2012: ein Alptraum in der ambulanten und stationären Langzeitbetreuung?

Charles Chappuis



## Vorbemerkung

Die Bedeutung des Wortes Alp: althochdeutsche Bezeichnung des Nachtmahrs, der die Schlafenden drückt, Alpdrücken, Alptraum.

Traum: als seelische Erscheinung zu verstehen. Produkt einer unlösbaren Verflechtung zwischen objektiven Vorgängen («Geschehnissen») und subjektivem Erleben («Erlebnissen»). Gedächtnisinhalte aus Erlebnissen im Wachzustand werden eigenständig, aber assoziativ miteinander verbunden. Zeitraffung, Zeit-, Ort- Personenverschiebungen sind möglich.

## Ein praktizierender Geriater berichtet eine Traumsequenz

### Szene

Am Eintrittstag in die Langzeitinstitution berichtet mir der 75-jährige Patient beim ersten Kontakt: Er wisse, dass er seit vier Jahren an einem unheilbaren metastasierenden Krebsleiden erkrankt sei. Bisher sei er aber entgegen prognostischer Erwartungen nicht gestorben. Anlässlich der dritten Hospitalisation im Unispital, das mit Fallpauschalen abrechne, habe man ihm dort erklärt, er solle sich bei Wiederauftreten von Komplikationen nicht mehr melden, man könne ihm ohnehin nicht mehr helfen. Die teuren Betten müssten anderen Patienten zur Verfügung stehen. Das werde er doch wohl verstehen. Einen gleich lautenden Bescheid habe er anlässlich der zweiten Hospitalisation im regionalen Spitalzentrum erhalten, das er in der Folge bei Problemen aufsuchte. Medizinisch sei er stets vorbildlich betreut worden.

Bei erneuter Verschlechterung und Komplikation sei er in einer Palliativstation eingetreten. Dort habe man ihn wiederum sehr gut betreut. Nach vier Wochen hätte er den Bescheid erhalten, er müsse austreten, da die Kostengutsprache der Krankenkasse ablaufe. Da er verständlicherweise nicht nach Hause zurückkehren könne, müsse er sich eine Langzeitinstitution suchen – deshalb sei er nun hier. Er sei offensichtlich kein «attraktiver Fall» mehr. Er hoffe nun, hier bis zu seinem Tod bleiben zu können. Etwas könne er aber nicht, was wahrscheinlich bisher erwartet worden sei: sagen, wann er sterbe.

### Szenenwechsel

Der gleiche Patient hat nach zwei Wochen einen akuten arteriellen Verschluss im Bereich des rechten Beines

mit extrem starken Schmerzen. Der Patient kommentiert dazu: Wenn die Arterie verstopft sei, könne und solle man die doch heutzutage *lege artis* «entstopfen». Ich weise ihn dem angiologischen Zentrum zu, das eine erfolgreiche Rekanalisierung durchführt. Gleichentags kommt der Patient beschwerdefrei zurück und bedankt sich für die getroffenen Massnahmen.

### Szenenwechsel

Ich werde zum Verwalter unserer Institution gebeten. Er eröffnet mir, dass er als ökonomisch ausgebildeter Verantwortlicher es nicht zulassen könne, dass bei einer finanziellen Abgeltung nach Tagesvollpauschale eine Rechnung gestellt werde für eine ambulante Behandlung dieses Patienten, die ein Mehrfaches der Pauschale betreffe und das Defizit der Unternehmung in ungebührlicher Weise vergrössere. Weitere solche Situationen seien nicht tragbar. Ich müsse die Patienten aus Kostengründen ins Akutspital einweisen.

### Szenenwechsel

Gleiche Situation eines arteriellen Verschlusses bei einer 80-jährigen Frau in der gleichen Langzeitinstitution. Was soll ich tun? Ins angiologische Zentrum einweisen? Der dortige Kollege meint, die Patientin solle ambulant kommen, er könne sie nicht stationär aufnehmen, auch sei die ambulante Behandlung volkswirtschaftlich und psychologisch vernünftiger: Die Patientin sei in unserer Institution gut betreut – da stimme ich ihm zu. Soll ich «blind» eine Antikoagulation versuchen (was nicht *lege artis* ist!)? Oder lediglich eine Schmerztherapie einrichten und warten, wie ausgedehnt die Nekrose wird – ist das *lege artis*?

### Szenenwechsel

In einer anderen Langzeitinstitution – sie arbeitet mit dem System der Teilpauschale, hier kann ich die ärztlichen Leistungen nach TARMED abrechnen – muss aus dem Akutspital «notfallmässig» ein Patient aufgenommen werden, da gleichentags die Kostengutsprache der Krankenkasse ablaufe.

Ich begegne einem dyspnoisch unruhigen Patienten, der einen «vorläufigen Austrittsbericht» mitbringt (der definitive folgt, wenn überhaupt, in zwei bis vier Wochen). Er umfasst eine Problemliste (mit etwa zehn Problemen) und eine Medikamentenliste (sie beinhaltet 15 Medikamente). Die spärlichen Verlaufsangaben beziehen sich auf das erste Problem der Liste. Es wird verständlich abgehandelt. Über den Rest der Probleme muss ich mir mit einer klinischen Untersuchung und einigen ergänzenden, wenig invasiven technischen Massnahmen ein Bild



Charles Chappuis

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

machen. Ich habe Mühe, weitere Details über durchgeführte Abklärungen und Massnahmen zu erhalten: Das Klinikinformationssystem funktioniert nicht richtig, erhalte ich als Rückmeldung. Telefonisch erreiche ich niemanden: Entweder ist die Linie besetzt oder der Gesuchte gerade abwesend. Es ist zum Verzweifeln, ich komme nicht vom Fleck. Gleichzeitig geht es dem Patienten schlechter, was die Pflege äusserst beunruhigt. Die Situation wird hektisch ...

#### Szenenwechsel

Ich erhalte einen Anruf von einem Krankenkassenmitarbeiter: Ich hätte viel zu hohe Durchschnittskosten pro Fall im Vergleich zu den anderen Kollegen im Quartier. Vor allem sei ein viel zu hoher Zeitaufwand angegeben. Dieser Patient sei ja eben im Spital gewesen, da seien weitere Untersuchungen und Massnahmen nicht mehr angezeigt.

#### Szenenwechsel

Ich sehe den Patienten – einen *homo patiens* – vor mir, der unter den ungeklärten Problemen leidet. Es leiden auch die ganze betreuende Equipe und die Angehörigen, die energisch fragen: «Was tun Sie jetzt? – Tun Sie endlich etwas, wenn man das vorher nicht gemacht hat!» Plötzlich laufen Bilder und Töne ineinander: Ich sehe das ischämische Bein, höre den Angiologen, der den Patienten nicht stationär aufnehmen will, den Verwalter, der ambulante Behandlungen verbietet, das klingelnde Telefon der Krankenkasse mit der sich dauernd wiederholenden Stimme «... zu hohe Durchschnittskosten!», Angehörige mit der Aufforderung: «Tun Sie doch endlich etwas ...»  
Schweissgebadet erwache ich.

#### Nachbemerkung

Mir kommt die DRG-Problematik in den Sinn. Die Folgen der DRG-Einführung für die Langzeitbetreuung der polymorbiden, meist älteren Patienten ambulant und stationär scheinen nicht erkannt zu werden. Es wird «schöngeredet», z.B. von einer Chance für Qualitätssicherung und -kontrolle gesprochen. Eine kompetente,

qualifizierte Begleitforschung – wenn sie einen solchen Namen verdienen soll – wurde offensichtlich noch gar nicht begonnen. Sie müsste heute schon längst etabliert sein. Die SAMW [1] und Curaviva [2] haben die Problematik zwar schon längere Zeit aufgegriffen und beanstandet; aber: Wurde dies gehört [3]?

Der Patient wird heute im Akutbereich «bewirtschaftet» (so zu lesen in Leitlinien von Spitaldirektionen). Er scheint auf Rentabilität für das Spital geprüft zu werden. Das Spital kann den Umsatz steigern, der «Durchlauf-erhitzer» im stationären Bereich wie in den Spitalambulatorien wird eingeschaltet, analog zum TGV: MGV = *médecine à grande vitesse*. Man «reicht» den Patienten weiter, die nächste Institution soll sich mit ihm und seinen Problemen befassen. Es wird von Nahtstellen gesprochen, die geknüpft werden sollen. Viel eher liegen Schnittstellen vor. Bei jedem Schnitt, der Verlegung des Patienten von einer Institution in die andere – auch die ambulante Situation zum Hausarzt gehört dazu –, gehen Informationen verloren. Die moderne Informatik kann dieses Problem nicht lösen. Wohl haben wir immer mehr Daten über unsere Patienten. Das bedeutet aber auch, dass es, um diese zu lesen, zu verstehen und zu «beherzigen», Zeit braucht, die kaum jemand zu haben scheint – oder? «Auf der Strecke» bleibt der Patient – und das kostet!

Liebe Kolleginnen und Kollegen, helfen Sie, dass dieser Alptraum nicht Wirklichkeit wird!

---

#### Korrespondenz:

Dr. med. Charles Chappuis  
FMH Innere Medizin, spez. Geriatrie  
em. Vorstandsmitglied SFGG  
Spiegelstrasse 107  
CH-3095 Spiegel BE  
[ch.chappuis\[at\]solei.ch](mailto:ch.chappuis[at]solei.ch)

---

#### Literatur

- 1 SAMW-Bulletin 1/2009.
- 2 Curaviva Schweiz, Expertenbericht. Auswirkungen auf die Pflegeheime durch die Einführung von DRG in den Akutspitalern – Massnahmen und Forderungen. 2011, in press.
- 3 Wild V, Pfister E, Biller-Andorno N. DRG und Ethik. Ethische Auswirkungen von ökonomischen Steuerungselementen im Gesundheitswesen. Reihe Gesundheitsökonomie, Band 4, EMH, 2011.